

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ATITUDES FACE AO ENVELHECIMENTO E
PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS
ADULTOS MAIS VELHOS**

Inês Lopes Marques

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ATITUDES FACE AO ENVELHECIMENTO E
PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS
ADULTOS MAIS VELHOS**

Inês Lopes Marques

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2017

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, minha orientadora na realização deste trabalho, sou grata por todo o inestimável apoio prestado, pela permanente disponibilidade, pelos conhecimentos partilhados, e por nunca ter deixado de estar presente de forma serena e securizante, mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos os participantes do estudo pela disponibilidade para colaborarem ativamente na realização deste trabalho.

À minha filha Laura, o meu anjo da guarda que me ensinou a amar e que nutre em mim a coragem de querer ir mais além...

Aos meus pais, pelo porto de abrigo que representam na minha vida e pelo profundo companheirismo.

À tia Cuca pela sua inesgotável força, dedicação e apoio.

“God, grant me the serenity to accept the things I cannot change,

Courage to change the things I can,

And wisdom to know the difference.”

Reinhold Niebuhr (1892–1971).

Resumo

Objetivos: Este estudo procura analisar as relações entre atitudes face ao envelhecimento e percepção da qualidade de vida em adultos mais velhos. **Amostra:** A amostra é constituída por 219 adultos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos e não institucionalizados. **Instrumentos:** Foram aplicados individualmente os seguintes questionários: Questionário Sociodemográfico; Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), originalmente desenvolvida pela OMS (1998; 2001), traduzida e adaptada em Portugal por Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, e Carona (2007); Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento (AAQ-24), originalmente desenvolvido por Laidlaw, Power, e Schmidt (2007), na versão portuguesa desenvolvida por Silva, Lima, e Machado (2013).

Resultados: Não se encontram diferenças significativas entre homens e mulheres quanto à percepção da qualidade de vida. Não se encontraram igualmente diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente às atitudes face ao envelhecimento foi encontrada uma correlação negativa significativa entre idade cronológica e domínio físico da Escala WHOQOL-Bref encontrou-se uma correlação negativa significativa entre a variável idade cronológica e a subescala de Perdas Sociais do questionário AAQ-24. Não se encontraram diferenças significativas percepção da qualidade de vida tendo em conta o estado civil. Encontrou-se uma correlação positiva significativa entre a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento. Conclusões: Quanto mais velhos são os adultos maior percepção têm de perdas físicas ocorridas, comprometendo a sua qualidade de vida; também em função do aumento da idade cronológica referem mais perdas sociais o que se traduz em atitudes face ao envelhecimento mais negativas; e a percepção da qualidade de vida associa-se com as atitudes face ao envelhecimento nos adultos mais velhos. Limitações: Uso de uma amostra de conveniência e o recurso a estatística correlacional que não permitem generalizar os resultados, nem extrair relações causais entre as variáveis.

Palavras-Chave: Atitudes face ao envelhecimento, percepção da qualidade de vida, envelhecimento ativo, idadismo, adultos mais velhos.

Abstract

Objectives: This study aims to analyze the relationship between attitudes towards aging and perception of quality of life in older adults. **Sample:** The sample is made up of 219 adults, of both sexes, aged 65 and over and not institutionalized. **Instruments:** The following questionnaires were applied individually: Sociodemographic Questionnaire; (WHOQOL-Bref), originally developed by WHO (1998, 2001), translated and adapted in Portugal by Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quítil, and Carona (2007); (AAQ-24), originally developed by Laidlaw, Power, and Schmidt (2007), in the Portuguese version developed by Silva, Lima, and Machado (2013). **Results:** There are no significant differences between men and women in the perception of quality of life. There were also no significant differences between men and women regarding attitudes towards aging. A significant negative correlation between chronological age and physical domain of the WHOQOL-Bref Scale was found to be a significant negative correlation between the chronological age variable and the Loss subscale Questionnaire AAQ-24. There were no significant differences in the perception of quality of life taking into account marital status. There was a significant positive correlation between the perception of quality of life and attitudes towards aging. **Conclusions:** The older the adults, the greater perception they have of physical losses occurred, compromising their quality of life. Due to the increase in chronological age, they refer to more social losses, which translates into more negative attitudes towards aging. The perception of quality of life is associated with attitudes towards aging in older adults. **Limitations:** Use of a convenience sample and the use of correlational statistics that do not allow to generalize the results, nor to extract causal relations among the variables.

Key words: Attitudes towards aging, perception of quality of life, active aging, ageism, older adults.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1- Contextualização teórica.....	3
1.1. O envelhecimento ao longo do curso de vida.....	3
1.2. Envelhecimento em Portugal.....	5
1.3. O paradoxo do envelhecimento global	6
1.4. A emergência do conceito de Envelhecimento Ativo	8
2. O conceito de Qualidade de Vida	9
2.1. Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo	10
3. Atitudes face ao envelhecimento	14
Capítulo 2 – Objetivos e hipóteses de estudo	17
Capítulo 3 – Metodologia	19
3.1. Caracterização da amostra	19
3.2. Instrumentos	19
3.2.1. Questionário Sócio-Demográfico	20
3.2.2. Questionário de Qualidade de vida (WHOQOL-Bref).....	20
3.2.3. Questionário de Atitudes face ao envelhecimento (AAQ-24).....	21
3.3. Procedimento	23
3.4. Procedimento Estatístico	23
Capítulo 4 – Resultados.....	24
Capítulo 5 – Discussão de resultados	29
Capítulo 6 – Conclusões e limitações do estudo	33
Referências Bibliográficas	36

Anexos

Índice Quadros

Quadro 3.1. Caracterização sociodemográfica e psicossocial da amostra total (frequências e percentagens)	19
Quadro 4.1. Estatística descritiva, obtidos nos quatro domínios do WHOQOL- Bref–Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e em relação à Faceta Geral.....	25
Quadro 4.2. Caracterização das atitudes face ao envelhecimento.....	25
Quadro 4.3. Análise da perceção da qualidade de vida em função da idade	27
Quadro 4.4. Análise das atitudes face ao envelhecimento em função da idade	27

Anexos

Anexo I. Consentimento Informado.....	41
--	----

Introdução

O tema proposto para estudo insere-se no âmbito da investigação sobre o processo de envelhecimento. Mais especificamente, o foco do trabalho incide na análise das atitudes face ao envelhecimento e qualidade de vida, em indivíduos da população portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos.

A pertinência do tema escolhido prende-se com o crescente aumento demográfico da população mais velha, a uma escala global, e com as suas graves consequências ao nível económico, social e individual. Prevê-se que este cenário continue a mudar nos próximos anos. De acordo com os dados do INE (2015), a população continuará a envelhecer. Em Portugal, reduzir-se-á a proporção de jovens (de 15,3%, em 2008, para 11,9%, em 2060) e ocorrerá um aumento considerável da percentagem de população com 65 ou mais anos de idade (passando de 17,4%, em 2008, para 32,3%, em 2060) (INE, 2015). Este fenómeno deve-se ao aumento da longevidade, fruto dos progressos médicos e científicos e, simultaneamente, à diminuição das taxas de natalidade, gerando um duplo envelhecimento populacional, que se traduz numa população cada vez mais envelhecida.

As mesmas alterações demográficas implicam um reajustamento dos alicerces sócio culturais, sociais e económicos das sociedades, afetando todas as gerações e principalmente a posição dos mais idosos na sociedade. Uma maior longevidade representa um aumento da dependência de idosos, nomeadamente, no que respeita ao estado de saúde e à participação na vida social, na medida em que, viver mais anos significa também estar mais exposto a doenças crónicas não transmissíveis, assim como a um declínio generalizado do envolvimento nas redes sociais. As condições sociais afetam o estado de saúde dos indivíduos ao longo do curso de vida, contudo, é na idade avançada que se verifica uma maior vulnerabilidade e probabilidade de desenvolver doenças (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

Atualmente verifica-se, ao nível internacional, um crescente interesse científico no estudo da população envelhecida. Procura-se encontrar respostas face a este fenómeno populacional dos tempos modernos. Reclama-se uma abordagem face ao envelhecimento enquanto processo multidimensional e complexo. Variáveis de ordem pessoal, psicossocial e cultural entram em linha de conta, contemplando o indivíduo como um agente interveniente ao longo do seu curso de vida, que preconiza um envelhecimento bem-sucedido e ativo, onde

a qualidade de vida tem um papel de destaque (World Health Organization [WHO], 2002). Este novo paradigma, que defende o envelhecimento positivo, contrasta com os tradicionais modelos médicos que procuravam uma explicação do envelhecimento assente em variáveis da saúde e idade cronológica, evidenciando os aspetos negativos das perdas inerentes ao passar dos anos. Todavia, e apesar dos progressos alcançados, verifica-se ainda, especialmente nos países ocidentais, a presença de estigmas em relação ao envelhecimento e aos indivíduos mais idosos. Esta forma de estereótipo em relação aos mais velhos, *ageism* (Butler, 1969), está patente nas representações sociais e reflete-se nas atitudes, crenças e valores da sociedade para categorizar e caracterizar determinados grupos sociais, nomeadamente, os idosos e o envelhecimento, afetando, por isso, a forma como os indivíduos vivenciam o seu próprio envelhecimento (Butler, 1969). O facto de se viver mais anos parece não ser suficiente para aumentar o bem-estar e a felicidade humana. Viver mais anos só faz sentido se for também acompanhado de qualidade de vida. Entre vários aspetos que influenciam a forma como as pessoas envelhecem, destacam-se as atitudes das pessoas, que podem ser definidas como estados internos que predis põem os indivíduos para reações positivas ou negativas em relação às coisas, aos outros e a si próprios. As atitudes negativas têm revelado constituir um importante obstáculo à qualidade de vida, contribuindo para uma maior vulnerabilidade em termos de saúde física e psicológica, enquanto, por outro lado, as atitudes positivas influenciam bastante a qualidade de vida e promovem a longevidade (Amaro, 2015).

Avaliar a qualidade de vida em indivíduos mais velhos, respeitando a sua multidimensionalidade, pode contribuir para conhecer indicadores de adaptação ao envelhecimento, permitindo o desenvolvimento de medidas com vista a incrementar soluções que melhorem os níveis de qualidade de vida percecionados pela população mais idosa e contribuir para responder às necessidades desta faixa da população, quer ao nível social quer da saúde (Paúl & Fonseca, 2005).

Neste sentido, o presente trabalho incide sobre o estudo do processo de envelhecimento e na adaptação a este, explorando uma possível relação entre a qualidade de vida e atitudes face ao envelhecimento por parte da população mais idosa. Como tal, serão exploradas as relações das variáveis em estudo e destas com variáveis sócio demográficas e psicossociais relevantes. Com vista à organização dos conteúdos do presente estudo, procedeu-se à divisão do mesmo. Numa primeira parte apresenta-se a revisão da literatura face às variáveis em estudo apresentando-se o respetivo enquadramento. Em segundo lugar,

são apresentados os objetivos e as hipóteses de estudo. Posteriormente é apresentada a metodologia, a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos, os aspetos referentes à recolha dos dados e ao procedimento estatístico, com o objetivo de clarificar o caminho seguido na investigação. De seguida, são apresentados os resultados obtidos e realizada a discussão dos mesmos. Por último, são anunciadas as principais conclusões e limitações.

Capítulo 1 – Contextualização Teórica

1.1. O Envelhecimento ao longo do curso de vida

Embora seja muito difícil explicar os fenómenos envolvidos no desenvolvimento humano, é necessário, num primeiro momento, compreender a natureza do envelhecimento para depois o poder explicar (Birren & Schroots, 1996, citado em Fonseca, 2006). Assim, podemos considerar que o envelhecimento tem três componentes: a) O processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência b) Um envelhecimento social relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário e c) O envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento (Schroots & Birren, 1980 citado em Paúl, 1997).

Ao nível biológico, o envelhecimento pode ser caracterizado por mudanças do foro fisiológico que levam a progressivos decréscimos estruturais e funcionais em todos os tecidos e órgãos (Kaiser, 2009 citado em Freund et al., 2008) através de um processo dinâmico e complexo, com alterações a vários níveis, sendo as mais visíveis as alterações corporais que, por sua vez, têm repercussões psicológicas que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos. De acordo com Sequeira (2010), o envelhecimento psicológico é determinado não só pelos fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que o sujeito se encontra inserido, mas também pela forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida.

Por outro lado, também o género parece estar relacionado com os determinantes da saúde física e psicológica durante o envelhecimento. Os homens podem esperar viver, em termos relativos e de um modo geral, mais tempo sem incapacidade física de longa duração, apesar da esperança de vida ser superior nas mulheres (INE 1996, citado em Direção Geral de

Saúde [DGS], 2004 p.9). “Uma abordagem que respeita as especificidades do género tem em conta não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, a construção dos papéis sociais que dão forma à identidade, através da vida, de cada um dos sexos. Ou seja, uma abordagem segundo o género permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem” (WHO, 2001 citado em DGS, 2004, p.8).

Concluindo-se, desta forma, que o envelhecimento consiste num processo heterogéneo e que cada indivíduo o vive de uma forma única e individual, na medida em que o ser humano está longe de se resumir apenas a um organismo biológico. O indivíduo é, simultaneamente, uma entidade bio-psico-cultural e, acima de tudo, tem um papel interveniente que vai construindo ao longo do seu curso de vida na interação com um mundo ativo, através de um processo dinâmico (Fernández-Ballesteros et al., 2007), que se inicia, antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2004).

O envelhecimento não é um problema, mas um processo do ciclo vital que deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma, o maior tempo possível. Para isso, é necessário que as pessoas idosas se envolvam na vida social, económica, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de uma forma ativa (DGS, 2004).

As abordagens centradas no envelhecimento ao longo do curso de vida, e que assentam na heterogeneidade individual, surgem na literatura científica Portuguesa, a partir dos anos 80, e contrastam com os antigos modelos de desenvolvimento médicos cujo foco assentava numa explicação puramente biomédica do envelhecimento centrada nas perdas e aumento da idade cronológica. Com efeito, assiste-se a uma mudança de paradigma que adota uma perspetiva enquadrada na Psicologia Positiva cujo principal objetivo se prende com a compreensão dos fatores que têm um papel protetor e/ou promotor de um bom funcionamento durante o envelhecimento (Silva, 2005).

Preconiza-se um envelhecimento positivo que adota diferentes definições consoante os autores: “saudável” (WHO, 1990), “bem-sucedido” (Thomae, 1975; Rowe & Khan, 1987; Baltes & Baltes, 1990), “ótimo” (Palmore, 1979), “produtivo” (Butler & Gleason, 1995), “ativo” (World Health Organization [WHO], 2002), entre outros (citados em Fernández-Ballesteros, 2008). De acordo com Duarte Silva (2012), estes conceitos que surgem para explicar o envelhecimento bem-sucedido, apesar de apresentarem diferentes nomenclaturas e especificidades próprias, são unânicos em considerar que o envelhecer pode ser feito de

forma saudável e ativa, estando o sujeito inserido na comunidade e comprometido com ela, numa experiência de bem-estar, com qualidade de vida, ao nível da saúde, física e mental, e no exercício das suas competências cognitivas bem conservadas.

Perante a necessidade de integrar e clarificar as diferentes definições existentes na literatura, a WHO (2002) propõe uma definição de envelhecimento ativo “como o processo de otimização de possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (WHO, 2002). Sendo a qualidade de vida, claramente, a tónica dominante da definição da WHO e ainda que as condições de saúde sejam evidenciadas, estas estão longe de contemplar apenas os aspetos médicos e comportamentos promotores de saúde, valorizando, por isso, também os fatores ambientais e pessoais que interagem com as condições de saúde (Cabral et al., 2013).

Todos nós envelhecemos. Envelhecer ativamente, envelhecer com bem-estar e boa qualidade de vida é um dos maiores desafios que a ciência e as sociedades modernas enfrentam perante o aumento da longevidade e das mudanças demográficas atuais (Fernandéz-Ballesteros, 2008). A etapa da vida caracterizada como velhice, com as suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Nessa interação, as condições culturais na qual o indivíduo está inserido vão determinar a forma como o envelhecimento é vivenciado. De facto, as condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso, havendo uma correspondência entre a conceção de velhice presente numa determinada sociedade e as atitudes em relação às pessoas que envelhecem (Schneider & Irigaray, 2008). Como tal, o envelhecimento consiste num processo complexo e multifatorial que se desenvolve ao longo do curso de vida, onde os indivíduos são intervenientes, através de um papel ativo enquanto agentes do seu próprio envelhecimento num mundo dinâmico e em constante mudança. E, por isso, cada indivíduo vive este processo de forma heterogénea e individual como uma experiência única e intransmissível.

1.2 Envelhecimento em Portugal

Tal como no resto do mundo, também em Portugal o envelhecimento da população está a aumentar, dia para dia, e com tendência a crescer nos próximos anos. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2015), como resultado da diminuição das taxas de natalidade, do aumento da esperança média de vida e da emigração dos últimos anos,

verificou-se o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), concomitantemente com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade). Entre 1970 e 2014, a proporção da população jovem passou de 28,5% do total da população para 14,4%. Por sua vez, o peso relativo da população idosa aumentou, passando de 9,7%, em 1970, para 20,3%, em 2014 (INE, 2015). De acordo com a mesma fonte, o número de idosos ultrapassou o número de jovens, pela primeira vez, em Portugal, em 2000, tendo o índice de envelhecimento, que traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingindo os 141 idosos por cada 100 jovens, em 2014.

De igual forma, o índice de dependência de idosos, que relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade), aumentou continuamente, entre 1970 e 2014, passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, em 1970, para 31, em 2014 (INE, 2015). Segundo os dados do Eurostat, três em cada dez pessoas terão 65 anos ou mais anos em 2050. O cenário demográfico acentuará, por consequência, o envelhecimento, comumente medido pelo rácio entre idosos com mais de 65 anos e jovens até 15 anos. Estes dados indicam ainda que a população idosa é predominantemente composta por mulheres porque estas tendem a viver mais do que os homens. É de referir ainda que, de entre os idosos fisicamente vulneráveis, as mulheres são confrontadas com mais problemas de saúde, apresentando também limitações na sua mobilidade e no desenvolvimento de algumas atividades instrumentais e básicas da vida diária (Barbosa, Fernandes, Oliveira, Tibúrcio, Alves & Ramos, 2015), que se irão repercutir nas várias dimensões de bem-estar e qualidade de vida.

No caso Português, observa-se, pois, um perfil de envelhecimento muito acentuado, onde a população idosa sendo bastante superior à população jovem põe em causa a sustentabilidade dos sistemas de saúde e, sobretudo, da segurança social, desde as reformas e pensões aos cuidados pessoais e à velhice dependente, ameaçando os alicerces sociais e económicos em que a sociedade se apoia (Cabral et al., 2013).

1.3 O paradoxo do envelhecimento global

O mundo atual, e particularmente a Europa, apresentam um aumento do envelhecimento associado a uma baixa taxa de natalidade, o que, em conjunto, se traduz no marcado envelhecimento da população. Mas para além do aumento da população com 60 ou mais anos está também a crescer a população muito idosa, com mais de 75 anos (Amaro, 2015). Verifica-se, portanto, uma diminuição da população jovem e de grupos em idade ativa

e um aumento do número de pessoas idosas, como tem vindo a ser referido anteriormente (Lima, Marques, Batista, & Ribeiro, 2010).

O aumento da longevidade pode ser considerado como um “triunfo da humanidade”, pois é o produto de um longo processo de adaptação humana ao longo dos anos, ou seja, do aumento da esperança média de vida fruto do desenvolvimento social, da medicina e tecnologia, possibilitando que a população tivesse duplicado em alguns países, em menos de um século (Fernández-Ballesteros et al., 2013). Porém, e paradoxalmente a estes extraordinários progressos, o facto de as pessoas viverem mais tempo apresenta-se mesmo como um dos maiores problemas do século XXI, na medida em que os aspetos positivos do envelhecimento coincidem com a diminuição das taxas de fertilidade, gerando consequências bastante graves na estrutura da sociedade (Cabral et al., 2013). Consequências estas que tendem a piorar e para as quais as sociedades ainda não estão preparadas.

Entre as principais consequências deste envelhecimento demográfico, destacam-se as seguintes: aumento dos gastos com a saúde; aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis na população idosa; aumento dos encargos do Estado com a segurança social; alteração da estrutura e das relações familiares. Esta faixa da população encontra-se frequentemente fragilizada pelos acontecimentos relacionados com o passar dos anos. De referir questões como a viuvez, solidão, isolamento social, doenças crónicas e incapacitantes, quer ao nível físico quer mental, poucos recursos económicos, medicação e dependência física que dificultam a manutenção de uma vida independente (Fontaine, 2000; Baltes & Smith, 2006). Contudo, apesar do envelhecimento estar associado a uma diminuição da capacidade funcional, este não deve ser reduzido apenas a estas perdas, nem justificar a exclusão social dos idosos, que frequentemente se confrontam com uma vida social pobre, quer a nível familiar quer no âmbito social. Este isolamento traduz-se, em muitos casos, numa profunda solidão, ou, noutros casos, no internamento em instituições de longa permanência que não permitem um envolvimento coletivo (Cabral et al., 2013). Para além do facto de “serem alvo de estigmatização, seja a discriminação excludente, ou o preconceito paternalista, condescendente e menorizante em relação aos chamados velhos” (Cabral et al., 2013, p.12), e que irá determinar a forma mais ou menos positiva de como os indivíduos experienciam o seu próprio envelhecimento.” Agora que se conseguiu prolongar a vida humana, considera-se que isso é um problema. Mas terá que ser assim? Os aspetos negativos do envelhecimento não podem ser resolvidos?” (Amaro, 2015, p. 203).

Perante este cenário, torna-se fundamental conhecer bem os nossos idosos e a forma como vivem ao nível dos recursos e competências disponíveis, como se auto caracterizam, como são os seus relacionamentos sociais, como lidam com os acontecimentos do dia-a-dia e que significados dão à sua vida, de forma a conhecer e dar resposta às suas necessidades (Ferreira, 2009). As sociedades devem olhar para estes problemas através de uma nova abordagem. Novas realidades reclamam novas adaptações. “Precisamos de um novo paradigma para a vida em sociedade que tenha em consideração as novas idades do ser humano” (Amaro, 2015, p.203).

1.4 A emergência do conceito de Envelhecimento Ativo

De acordo com a WHO, o envelhecimento deve ser uma experiência positiva e, por isso, uma vida mais longa deve ser acompanhada por oportunidades de saúde, participação e segurança (WHO, 2002). A WHO adotou o termo "envelhecimento ativo," definindo-o como um processo que otimiza as oportunidades para saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida (WHO, 2002). Procurando reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache & Kickbusch, 1997 citado em WHO, 2002). De acordo com a WHO (2002), o estudo do envelhecimento deve assentar numa abordagem global que contemple as relações entre os múltiplos aspetos que o integram, como a vida familiar, o emprego, a educação, a integração sociocultural, a saúde e a qualidade de vida, sem esquecer os preconceitos associados à idade que acentuam o seu estatuto marginal.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental, ao longo do seu curso de vida, e que participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, proporciona proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários (WHO, 2002).

Conclui-se assim, que o envelhecimento, enquanto fenómeno multidimensional e complexo exige uma abordagem que valorize o ponto de vista dos próprios indivíduos que envelhecem, partindo do pressuposto de que o envelhecimento é um processo íntimo e diferente de indivíduo para indivíduo, sendo por isso fundamental dar “voz ativa” a esta população, no sentido de conhecer as suas reais perceções e necessidades e paralelamente criar medidas de intervenção no combate ao estigma social.

2. O Conceito de Qualidade de Vida

Muitas são as designações existentes em torno da definição do conceito de qualidade de vida. O facto de ter um espectro abrangente faz com que possa ser aplicado a inúmeras áreas da vida, dificultando a sua operacionalização. No entanto, a grande maioria dos autores reconhece a necessidade de recorrer a uma abordagem multidimensional, na medida em que fatores de ordem cultural, éticos, religiosos e pessoais influenciam a forma como ela é percebida e as suas consequências, sendo diferente de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até mesmo ao longo da vida de um indivíduo (Ferreira, 2009). Estes fatores conduziram, portanto, a que a qualidade de vida começasse a ser introduzida na investigação na área da saúde com o principal objetivo de avaliar o impacto específico não médico da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos (Bowling, 1995; Ebrahim, 1995; Kilian, Matschinger & Angermeyer, 2001, citado sem Canavarro et al., 2007). No presente trabalho adotamos o conceito de qualidade de vida preconizado pela Organização Mundial da Saúde [WHO], em 1992. Com o objetivo de fazer crescer o conhecimento na área da Qualidade de Vida e criar instrumentos para a sua avaliação, O grupo WHOQOL (Grupo da Qualidade de Vida que integra a Organização Mundial de Saúde) define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994, p.28 citado em Canavarro et al., 2007). O autor refere ainda que a qualidade de vida é um conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente refletindo as condições de vida desejadas por uma pessoa, relativamente à sua vida em casa, na comunidade e no trabalho, e as condições de saúde e bem-estar. Assim, verifica-se que a qualidade de vida é um fenómeno subjetivo que vai sendo construído com base na percepção que o indivíduo tem dos vários aspetos das experiências ao longo do seu curso de vida (WHOQOL, 1994).

O interesse pelo conceito de qualidade de vida, aliado à sua crescente relevância no âmbito da saúde e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de qualidade de vida que privilegiasse uma perspetiva transcultural e subjetiva, conduziu a OMS a reunir um conjunto de peritos pertencentes a 15 diferentes culturas (WHOQOL Group) com o objetivo de debater o conceito de qualidade de vida e, subsequentemente, construir um instrumento para a sua avaliação: O desenvolvimento do WHOQOL partiu de três

pressupostos centrais: (1) a essência abrangente do conceito de qualidade de vida; (2) que uma medida quantitativa, fiável e válida pode ser construída e aplicada a várias populações; e (3) qualquer fator que afete a qualidade de vida influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento e este, por sua vez, serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na qualidade de vida (WHOQOL Group, 1993 citado em Canavarro et al., 2007).

2.1 Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo

Socialmente, os idosos constituem um grupo vulnerável, muito devido, em parte, à ausência de recursos económicos e ao acesso restrito a bens e serviços que lhes permitam continuar a sua vida ativamente. Apesar dos progressos da medicina permitirem que os indivíduos vivam mais anos sem quase nunca atravessarem a linha da incapacidade e com um ganho de funcionalidade, viver mais anos não parece ser suficiente para o aumento do bem-estar e da felicidade humana. “Viver mais anos só faz sentido se o aumento de longevidade for acompanhado de qualidade de vida” (Amaro, 2015, p.205). Face a este fenómeno, o conceito de qualidade de vida passou a ser aplicado à população envelhecida e tem sido objeto de pesquisa científica em estudos empíricos, utilizando metodologias qualitativas e quantitativas, tendo assim adquirido, um significado especial neste grupo etário (Marques, 2011).

Envelhecer com qualidade de vida deve ser, portanto, a questão fundamental das políticas públicas de envelhecimento. “Mas não há um único caminho para o envelhecimento com qualidade de vida, uma vez que o envelhecimento, quer seja biológico, psicológico ou social, decorre num contexto cultural específico. Os genes são uma variável importante do processo de envelhecimento, mas a partir da idade adulta, a cultura assume um papel mais importante do que o fator genético no que respeita à melhoria da qualidade de vida” (Amaro, 2015, p.205).

De acordo com a política de envelhecimento ativo, preconizada pela WHO e associada à qualidade de vida, destacam-se seis variáveis que a determinam ao longo do curso de vida e que são de particular importância na idade avançada. Esses seis determinantes são: (1) as condições económicas (rendimentos suficientes, segurança social e oportunidades de emprego); (2) saúde e serviços sociais (comportamentos que promovam a saúde e previnam a doença, assegurar o acesso à saúde através de serviços e cuidados continuados); (3) comportamento (vida saudável, como a prática regular de atividade física, alimentação

saudável, saúde oral, uso adequado de medicação, evitar fumar e consumir álcool em excesso); (4) características pessoais (estas referem-se a fatores biológicos, genéticos e psicológicos); (5) situação social (apoio social suficiente, educação e alfabetização e ausência de violência e abuso); e (6) o ambiente físico (viver em ambientes seguros, como habitação, poucos perigos ambientais e ecológicos) (Swift, Abrams, Lamont & Drury, 2017). Para além destas variáveis objetivas, existem questões subjetivas que influenciam a qualidade do envelhecimento, tais como: o sentimento de bem-estar, sentimento de felicidade, satisfação com os objetivos atingidos; desenvolvimento pessoal; relações positivas com os outros (família e amigos); sentimento de autorrealização e desempenho de papéis sociais (Amaro, 2015).

Contudo, na medida em que os fatores culturais são determinantes na vivência do envelhecimento, é fundamental contextualizar o indivíduo relativamente às diferenças culturais e características do meio envolvente na vivência da velhice (Vauclair & Swift, 2011; Vauclair, Hanke, Huang, & Abrams, 2016 citado em Swift et al., 2017).

De facto os valores culturais, crenças e tradições numa sociedade, bem como o género são determinantes que moldam a forma como os indivíduos envelhecem e condicionam o seu potencial para envelhecer ativamente de forma mais positiva ou negativa e com qualidade de vida.

Os seis determinantes, referidos anteriormente, influenciam três aspetos-chave do envelhecimento ativo: (1) autonomia, (liberdade de escolha, perceção da capacidade de controlo, capacidade para tomar decisões diárias em relação à sua própria vida); (2) independência, (a capacidade de desenvolver atividades com nenhum ou reduzido auxílio de outras pessoas e qualidade de vida (Amaro, 2015; Swift et al., 2017)

De acordo com Swift e colaboradores (2017), o quadro do envelhecimento ativo está, em grande medida, assente num conjunto de fatores de personalidade que limitam ou possibilitam oportunidades de vida específicas. Portanto, foca os níveis micro e macro da vida do indivíduo, tais como as questões económicas e sociais, ambientais e dos serviços de saúde e segurança social, mas deixa uma lacuna substancial ao nível intermédio, em relação à perspetiva mais individual do sujeito, precisamente onde as intervenções psicológicas poderiam ser mais úteis. De referir ainda a importância das atitudes culturalmente enraizadas que se manifestam sob a forma de categorias e estereótipos negativos ligados à idade, presentes nos sistemas sociais, às quais se acrescentam diversos riscos, como por exemplo os

riscos de “moralismo”, “etnocentrismo político” e “irrealismo”, criando obstáculos psicológicos que têm um efeito estigmatizante face às pessoas idosas e ao processo de envelhecimento (Bugental & Hehman, 2007 citado em Swift et al., 2017; Fernández-Ballesteros et al., 2013; Cabral et al., 2013).

Por outro lado, parece ser fundamental referir que, para poder existir qualidade de vida ao longo do envelhecimento e acesso a atividades, são necessários recursos de diversa natureza, incluindo recursos económicos, cuja falta parece escassear no nosso país, gerando importantes barreiras à qualidade de vida e ao envelhecimento bem-sucedido. “O Paradigma do envelhecimento ativo, convida assim, a uma reestruturação na articulação entre a atividade e a reforma, entre o trabalho e saúde, entre a participação e a exclusão” (Marques, 2011, p.57).

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na idade avançada, bem como as variações que a idade comporta, revestem-se de grande importância científica e social. Segundo Fernandes (1996), a qualidade de vida em gerontologia está relacionada com a maneira como o sujeito experiencia o seu próprio envelhecimento e vive a sua velhice.

Silva (2011) realizou um estudo qualitativo, que teve como propósito identificar as representações de idosos sobre os significados de “ser uma pessoa idosa” e as suas representações sobre a expressão “qualidade de vida”. Sobre o significado “ser uma pessoa idosa” identificaram-se as seguintes representações: ‘pessoa com incapacidade funcional’; ‘com bastante idade mas com bastante saúde para trabalhar’; ‘com muita experiência de vida’; ‘que já viveu muitos anos e cumpriu os seus objetivos de vida’. Relativamente às representações sobre “qualidade de vida”, estas encontraram-se estruturadas nas seguintes dimensões: saúde física, independência física, autonomia, psicológica, social, económica, família, religiosidade e transcendência, meio ambiente e cidadania.

Diversos estudos com idosos indicam a existência de uma relação positiva entre a atividade, seja física ou mental, e a qualidade de vida. Num estudo realizado por Campos, Ferreira, e Vargas (2015), observou-se uma relação diretamente proporcional entre envelhecimento ativo e a participação em grupos, ou seja, quanto maior a participação dos idosos na comunidade, maiores as hipóteses de se envelhecer ativamente. Os autores referem ainda que as mulheres com mais recursos económicos, que não sofreram quedas e envolvidas em atividades comunitárias revelam uma maior qualidade de vida e maior probabilidade de

envelhecerem ativamente. Em relação aos homens, fatores comportamentais tais como, não fumar e praticar atividade física, foram preditores positivos para envelhecimento ativo.

Também as redes sociais se revelam um aspeto de grande importância para o sucesso do envelhecimento. Uma rede social reduzida pode contribuir para exacerbar incapacidades ou limitar o estilo de vida (Kishimoto et al., 2013 citado em Campos et al., 2015).

A ocupação com atividades de lazer traduz-se numa melhor qualidade de vida, na medida em que o lazer traz inúmeros benefícios, melhorando determinadas situações e proporcionando ganhos a nível pessoal, do grupo ou da sociedade (Driver, Brown, & Peterson, 1991 citados em Martínez Rodríguez & Gómez Marroquín, 2005; Marques, Sánchez & Vicario, 2014). As atividades de lazer promovem uma maior capacidade de alerta a nível intelectual; aumento do bem-estar psicológico e menores índices de depressão; têm uma função protetora face à demência; geram uma reserva cognitiva, entre outros. Sendo, por isso, conveniente reforçar qualquer atividade, de forma livre e em função das escolhas pessoais do próprio idoso (Martínez Rodríguez & Gómez Marroquín, 2005 citado em Marques, Sánchez & Vicario, 2014).

Também a dimensão dos trabalhos se revela como algo que tem muito valor para os idosos e que é sinónimo, para alguns, de qualidade de vida. Diversos idosos manifestam o desejo de continuar e/ou voltar a trabalhar. A atividade profissional surge enquanto algo de muito marcante para esta geração, na medida em que grande parte destes indivíduos dedicou toda a sua vida adulta a trabalhar, o que lhes permitiu ter uma vida digna, quer a nível económico quer no que diz respeito à realização pessoal, autoconceito e autoestima. Como tal, a promoção da capacidade de trabalho deve fazer parte das estratégias para enfrentar os desafios da alteração demográfica e do mercado de trabalho, assumindo-se também como um instrumento de prevenção, quer da perda prematura de capacidades funcionais quer da incapacidade (Requejo Osório, 2007, citado em Marques, Sánchez & Vicario, 2014).

As relações sociais revelam-se como uma dimensão de grande importância nesta fase da vida. De acordo com Rowe e Kahn (1998), existem investigações suficientes neste campo que mostram que o “apoio social é um determinante chave no envelhecimento bem-sucedido” (Paúl, p.278). O papel das redes sociais no envelhecimento refere-se ao seu efeito protetor, tendo um efeito amortecedor ou de almofada em relação ao stress associado ao envelhecimento. É importante distinguir as redes familiares das redes de amigos, uma vez que as primeiras são involuntárias, com uma base de obrigação, e as segundas, uma escolha

voluntária” (Litwak, 1981 citado em Paúl, p.278), “produzindo efeitos diferentes na qualidade de vida dos idosos sendo potencialmente mais positivo o efeito das redes sociais de suporte de amigos e vizinhos” (Paúl, p.278/9).

3. Atitudes face ao envelhecimento

Ao longo de vários anos, as atitudes foram definidas como envolvendo sentimentos, crenças e modos de agir. Atualmente as teorias desenvolvem uma conexão das atitudes com as avaliações e estas relacionam-se, de modo complexo, com crenças, sentimentos e ações (Lima, 2002). Efetivamente, o estudo das atitudes revela-se de grande importância, dado serem elas elementos fundamentais da vida que guiam o modo como as pessoas pensam, agem e sentem (Neto, 1998). Três são as funções que as atitudes comportam, a saber: ajudam a definir grupos sociais, ajudam a estabelecer as nossas identidades e estão implicadas no nosso pensamento e comportamento (Schlenker, 1982; Pratkanis; Greenwald, 1989 citado em Neto, 1998). “Já Durkheim (1964) referia que a sociedade e a consciência coletiva são entidades morais. Logo, o que as pessoas sentem, pensam ou fazem é independente da sua vontade individual e traduz um comportamento estabelecido pela sociedade” (Daniel et al., 2015).

As atitudes vigentes nas diferentes culturas e sociedades em relação ao envelhecimento traduzem a forma como os mais idosos são vistos e tratados dentro da comunidade tendo, por isso, um papel determinante, e conferindo um cariz identitário aos membros do seu grupo. Estas atitudes vão sendo internalizadas ao longo do seu processo de socialização e transmitidas ao longo das gerações. Assim, do ponto de vista da socialização, os próprios sujeitos idosos acabam por se transformar em agentes de socialização que veiculam as perceções acerca do processo de envelhecimento, e de ser velho, tal como os seus familiares, pares, instituições e meios de comunicação social. Desta forma, o modo como se experiencia o envelhecimento varia em função da cultura, época histórica e religiosidade de cada sociedade, existindo, por isso, muitas diferenças consoante o ambiente em que o indivíduo está inserido (Andrade & Martins, 2011).

As conceções baseadas na idade têm conduzido a uma série de preconceitos e estereótipos sobre a capacidade dos idosos (Fonseca, 2006) e que Butler (1969) designou de *ageism* ou idadismo. Diversos estudos longitudinais revelam que a imagem negativa do

envelhecimento pode influenciar negativamente a vivência dos idosos (e.g., Silva, 2005), afetando a sua percepção e as atitudes face ao seu próprio envelhecimento.

No que respeita ao preconceito relativo ao envelhecimento, podemos observar que, nas sociedades ocidentais, se assiste a atitudes estereotipadas em relação ao envelhecimento e aos indivíduos mais velhos (Butler, 1969), contudo, verifica-se que nos países a oriente o mesmo não acontece, na medida em que os membros mais antigos da sociedade são frequentemente sinónimo de sabedoria, respeito e orgulho.

Butler (1969) considerou que os estereótipos negativos relativos à idade, *ageism*, estão ligados a uma atitude depreciativa que associa envelhecimento a declínio e consiste numa “sistemática discriminação através de estereótipos dirigidos às pessoas pelo facto de serem velhas, tal como o racismo e sexismo relativamente à cor ou sexo...” e pode manifestar-se de diferentes formas, quer de forma individual quer institucional” (Butler, 1989; Butler, 2005 citado em Achenbaum, 2015, p. 11), dando origem a políticas e práticas discriminativas.

Neste sentido, Lima (2010 p.23 citado em Daniel et al., 2015, p. 294) refere que “o *ageism* tem uma componente afetiva (sentimentos face à pessoa idosa), uma componente cognitiva (pensamentos, crenças e estereótipos face à pessoa idosa) e uma componente comportamental (atitudes para com a pessoa idosa)”. Acrescentando ainda que as atitudes negativas relativamente ao envelhecimento têm uma especial proeminência nas sociedades contemporâneas. Esta relevância reflete-se na qualidade de vida das pessoas, “a discriminação afeta económica, social e psicologicamente o bem-estar das pessoas idosas, excluindo-as e denegrindo-as” (Lima, 2010, p. 25 citado em Daniel et al., 2015, p. 294).

Levy, Zonderman, Slade e Ferrucci (2009) referem diversos estudos longitudinais, onde se verifica que ambas as atitudes em relação ao envelhecimento, quer positivas quer negativas, adquiridas desde cedo ao longo da vida, são preditores, respetivamente, de melhores ou piores indicadores de saúde dos indivíduos quando envelhecem, tendo repercussões no comportamento dos idosos e na sua saúde física e mental, podendo limitar as suas capacidades funcionais. Segundo Amaro (2015) e com base em estudos desenvolvidos nos anos 70, denota-se que as atitudes positivas face ao envelhecimento se podem traduzir num ganho médio de 7.6 anos de vida.

Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), o impacto das atitudes face à velhice e ao envelhecimento nos mais jovens revela-se, principalmente, na forma como encaram a sua (futura) velhice. O autor sugere que os idosos representam para os mais novos a ameaça do seu próprio destino: diminuição da beleza, saúde, sensações e aproximação da morte (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006), por isso, pensar nos mais velhos poderá levar a um aumento da ansiedade pelo curto tempo de vida que temos, uma vez alcançada certa idade. Com efeito, o medo associado a tais pensamentos provoca a perceção negativa do indivíduo ou grupo que gerou esse medo (Nelson, 2002).

A idade parece ser, sem dúvida, uma categoria social que guia as atitudes mantidas em relação às pessoas e, a partir da perceção que se tem da idade de uma determinada pessoa, são feitas, por exemplo, inferências sobre as suas competências sociais e cognitivas. São exatamente essas inferências que vão determinar o modo como se comportam e o que pensam as pessoas umas em relação às outras (Fiske, Cuddy, Glick & Xu, 2002). Ao nível empírico, vários estudos confirmam a influência quer dos estereótipos negativos quer positivos em relação à idade como preditores da qualidade de vida por parte dos indivíduos que são alvo dos mesmos. As imagens positivas das pessoas idosas têm geralmente um efeito positivo nas perceções do próprio envelhecimento, mas, o mesmo não se verifica, quando as imagens são extremamente positivas e irrealistas (Fung, Zhang, Sit, Cheng & Isaacowitz, 2015), servindo frequentemente para aumentar o estigma e a desinserção dos mais “velhos” pelo facto de não serem reais.

Muitos estudos têm fornecido evidências empíricas para a importância da auto perceção do envelhecimento no contexto do envelhecimento bem-sucedido (Filipp, Ferring & Klauer, 1989 citado em Kotter-Grühn & Hess, 2012), constatando-se que as auto perceções positivas do envelhecimento estão associadas a resultados favoráveis, tais como maior bem-estar, melhor saúde ou longevidade (e.g., Levy, Slade & Kasl, 2002, Steverink, Westerhof, Bode & Dittmann-Kohli, 2001; Uotinen, Rantanen & Suutama, 2005 citados em Kotter-Grühn & Hess, 2012). Embora a idade avançada esteja ligada tanto a estereótipos positivos (por exemplo, ser sábio) como negativos (por exemplo, estar senil), os atributos negativos superam claramente os positivos (Hummert, 1990; Kite & Johnson, 1988 citado em Kotter-Grühn & Hess, 2012), influenciando o desempenho e o comportamento e, por sua vez, a saúde e a longevidade, particularmente naqueles que pertencem ao grupo estereotipado (Hess, 2006; Hsu, Chung, & Langer, 2010 citados em Kotter-Grühn & Hess, 2012). Desta forma,

quando se chega a esta etapa de vida com atitudes positivas, estas irão repercutir-se, por sua vez, no seu bem-estar e, conseqüentemente, nos níveis de qualidade de vida.

De acordo com Ferreira-Alves e Novo (2006), em Portugal, com o aumento da população envelhecida, começaram a surgir novos problemas sociais como a discriminação social através de comportamentos, atitudes e preconceitos existentes nas interações diárias com pessoas idosas. Este fenómeno suscita preocupação e reclama medidas de intervenção eficazes relativamente à posição destes indivíduos na sociedade.

E, por isso, “as pessoas idosas têm de deixar de ser vistas como um problema, mas como parte da solução, na medida em que têm um contributo a dar para o desenvolvimento e bem-estar da sociedade” (Amaro, 2015, p.209). Apesar de ainda muito haver por fazer no sentido de possibilitar às pessoas chegarem a uma idade avançada com qualidade, já se iniciou um trabalho positivo nesse sentido (Amaro, 2015).

Dado tudo o que foi dito anteriormente, parece ser de todo o interesse desenvolver uma investigação centrada na qualidade de vida (sob a ótica da WHO) e nas atitudes face ao envelhecimento, no sentido de explorar a possível relação entre estas duas variáveis em indivíduos mais idosos da população portuguesa. Espera-se assim tentar contribuir para um melhor conhecimento das vicissitudes do processo de envelhecimento através do auto-relato dos próprios indivíduos desta faixa etária, na medida em que são estes os agentes ativos e intervenientes ao longo do seu curso de vida.

Capítulo 2 – Objetivos e Hipóteses de estudo

Neste segundo capítulo são apresentados os objetivos e hipóteses que servem de base ao presente estudo, será realizada a análise exploratória das relações entre perceção da qualidade de vida e atitudes face ao envelhecimento numa amostra de idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, inseridos na comunidade, sendo ainda analisadas variáveis sociodemográficas e psicossociais (e.g. sexo, idade, estado civil).

Indicam-se os objetivos gerais e específicos do estudo, bem como as respetivas hipóteses, tendo os mesmos sido formulados com base de sustentação na literatura respeitante aos temas abordados neste trabalho e considerando-se a operacionalização das variáveis em análise.

Objetivo Geral 1: Caraterizar a amostra estudada quanto à percepção de qualidade de vida e quanto às atitudes face ao envelhecimento.

Objetivo Específico 1.1: Caraterizar a amostra estudada quanto à percepção de qualidade de vida.

Objetivo Específico 1.2: Caraterizar a amostra estudada quanto às atitudes face ao envelhecimento.

Objetivo Geral 2: realizar a análise exploratória da relação entre a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento e variáveis sociodemográficas e psicossociais.

Objetivo Específico 2.1: Analisar a relação entre a percepção de qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o sexo:

Hipótese 1: Espera-se que a percepção de qualidade de vida seja diferente nos homens e nas mulheres.

Hipótese 2: Espera-se que as atitudes face ao envelhecimento sejam diferentes nos homens e nas mulheres.

Objetivo Específico 2.2: Analisar a relação entre a percepção de qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta a idade:

Hipótese 3: Espera-se que a percepção de qualidade de vida diminua com o avançar da idade.

Hipótese 4: Espera-se que as atitudes face ao envelhecimento sejam mais negativas com o avançar da idade.

Objetivo Específico 2.3: Analisar a relação entre a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o estado civil:

Hipótese 5: Espera-se que os indivíduos casados apresentem uma melhor percepção da qualidade de vida quando comparados com os indivíduos viúvos.

Hipótese 6: Espera-se que os indivíduos casados apresentem uma melhor percepção da qualidade de vida quando comparados com os indivíduos solteiros.

Objetivo Específico 2.4: Analisar a relação entre a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento:

Hipótese 7: Espera-se que os indivíduos com melhor percepção de qualidade de vida revelem atitudes mais positivas quanto ao envelhecimento.

Capítulo 3 - Metodologia

Depois da descrição da amostra serão apresentados os instrumentos utilizados e, por último, serão descritos os procedimentos usados na recolha de dados e na análise estatística.

3.1 Caracterização da amostra

Participaram, no presente estudo, 219 indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos ($M = 74.18$; $DP = 6.45$).

Os critérios tidos em consideração para a inclusão na amostra foram os seguintes: (1) idade igual ou superior a 65 anos; (2) ausência de patologia neurológica e psiquiátrica ou de outras patologias e/ou défices conhecidos (3) residência em meio não institucional e (4) existência de capacidades de autonomia suficientes para realizar as tarefas quotidianas. Apresentam-se no Quadro 3.1 as características sociodemográficas da amostra.

Quadro 3.1 *Caracterização sociodemográfica e psicossocial da amostra total (frequências e percentagens)*

<i>Características</i>	<i>Frequências</i>	<i>Percentagens</i>
Sexo		
Feminino	123	56.16
Masculino	96	43.83
Escolaridade		
Ausência de Escolaridade	5	2.3
Ensino Básico Incompleto	84	38.4
Ensino Secundário	21	9.6
Completo		
Curso Médio	27	12.3
Curso Superior	17	7.8
Outro	14	6.4
Estado Civil		
Solteiro	8	3.7
Casado(a) ou vivendo como tal	134	61.2
Viúvo(a)	56	25.6
Divorciado(a) ou separado(a)	21	9.6
Situação Económica		
Nada Satisfatória	8	3.7
Pouco Satisfatória	66	30.1
Satisfatória	131	59.8
Muito Satisfatória	11	5.0
Omissos	3	3

Nota: N=219

3.2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram os seguintes: Questionário Sócio demográfico; Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento (AAQ), desenvolvido originalmente por Laidlaw et al. (2007), traduzido e adaptado para Portugal por Silva, Lima e Machado (2013); e a Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), originalmente desenvolvida pela OMS (1998; 2001), traduzida e adaptada em Portugal por Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho e Carona (2007).

3.2.1 Questionário Sócio demográfico

De modo a adquirir informação sociodemográfica acerca dos participantes foi aplicado um Questionário Sociodemográfico. O questionário é constituído por 19 itens e permite obter informação relativamente aos dados pessoais dos participantes como idade, género, estado civil, área de residência, escolaridade e atividade profissional; bem como dados familiares relativos à constituição do agregado familiar, apoio dos familiares e número de filhos; e ainda dados relativos à situação económica e ocupacional, às relações interpessoais e familiares, às crenças e práticas religiosas e à perceção do estado de saúde.

3.2.2 Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

O instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) destina-se à avaliação da qualidade de vida e foi desenvolvido com base na definição proposta pela Organização Mundial de Saúde. Trata-se de um instrumento multidimensional que avalia a qualidade de vida, tendo como base a definição dada a este conceito pelo grupo WHOQOL, segundo o qual a qualidade de vida é um constructo subjetivo, multidimensional e constituído quer por dimensões negativas, quer positivas (Canavarro, 2007; Fleck, 2003). Neste sentido, o WHOQOL apresenta-se como uma medida geral e multidimensional da qualidade de vida, podendo ser administrada em qualquer tipo de população.

O WHOQOL-Bref, que foi aplicado na presente investigação, é uma versão reduzida e menos complexa do original, possibilitando uma rápida aplicação. Surge como resposta à necessidade de existir um instrumento que avalie a qualidade de vida com base numa visão holística da saúde e adotando uma perspetiva transcultural (Fleck et al., 2000). Destinado à avaliação subjetiva da qualidade de vida, foi desenvolvido para ser utilizado em formato de autorrelato, no entanto, quando não é possível usar esta forma de aplicação, pode ser aplicado recorrendo a outras metodologias. As respostas ao questionário são obtidas através de escalas de tipo Likert, em que, relativamente a cada afirmação, o participante deve indicar a sua

concordância ou discordância numa escala ordinal de intensidade, pontuada de 1 a 5. Os resultados nos vários domínios representam a percepção individual da qualidade de vida em cada um dos domínios, sendo que as pontuações mais elevadas caracterizam uma melhor qualidade de vida.

Na sua versão portuguesa é um questionário de autorrelato constituído por 26 itens, organizados em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (Canavarro et al., 2007). Inclui ainda um indicador global (Faceta Geral de Qualidade de Vida).

Os resultados devem ser analisados, separadamente, nos quatro domínios, visto que não existe uma pontuação total do instrumento. As informações relativas à qualidade de vida, no geral, são alcançadas mediante os resultados da faceta geral que traduz a qualidade de vida, em geral, bem como a percepção do estado de saúde (Canavarro et al., 2007).

O instrumento (WHOQOL-Bref) apresenta valores de consistência interna aceitáveis nos quatro domínios. Na sua versão original, foram obtidos alfas de Cronbach de .87 no (Domínio físico), .84 no (Domínio psicológico), .64 no (Domínio das relações sociais) e .78 no (Domínio do ambiente). Variando assim entre 0.66 (Domínio das relações sociais) e 0.84 (Domínio físico) (Canavarro et al., 2007).

No que diz respeito à consistência interna, na amostra estudada, o instrumento apresentou coeficientes de alfa de Cronbach de .85 (Domínio físico), .85 (Domínio psicológico), .65 (Domínio das relações sociais), .81 (Domínio ambiente) e .60 (Faceta geral).

Segundo Lai et al., (2005, citado em Ferreira, 2009), o uso do WHOQOL-BREF pode ajudar a identificar, em idosos, os pontos fracos nas facetas da qualidade de vida relacionada com a saúde, ajudar a identificar as necessidades e proporcionar dados para intervir, melhorando a saúde.

3.2.3 Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento (AAQ-24)

A investigação acerca das atitudes face ao envelhecimento tem vindo a questionar jovens e não idosos (Laidlaw, Power & Schmidt, 2007), o que pode originar um enviesamento nas explicações daí decorrentes, uma vez que os únicos que terão um conhecimento mais íntimo da adaptação ao processo de envelhecimento são os adultos mais velhos. Por consequência, com intuito de criar uma medida mais subjetiva e com boas capacidades psicométricas, o grupo WHOQOL-OLD, em 2007, concebeu um questionário,

tendo por base as atitudes expressas pelos idosos relativamente ao processo de envelhecimento, o Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ-24).

Este questionário, na adaptação para a língua portuguesa, foi chamado como Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento. É um instrumento de autorrelato, que visa apreender uma avaliação mais realista das atitudes face a esta etapa da vida (Laidlaw, Power, & Schmidt, 2007). O AAQ foi aplicado em amostras de diferentes cidades do mundo, assegurando uma validade transcultural e pouco risco de enviesamento cultural (Chachamovich, Fleck, Trentini, Laidlaw & Power, 2008).

Na sua versão reduzida, o AAQ-24 é composto por 24 itens formulados de duas formas, uns do ponto de vista geral e outros pessoais, uns positivos e outros formulados na negativa. Os itens de 1 a 7 correspondem à parte dita geral do questionário, onde é solicitado aos participantes que respondam ao quanto concordam com as afirmações tomando em consideração as pessoas idosas em geral, os restantes itens, de 8 a 24, correspondem à parte mais pessoal do questionário, onde é solicitado aos participantes que indiquem o grau de veracidade das afirmações relativamente a si próprios. As respostas em ambas as partes são dadas numa escala de Likert de 5 pontos, escala essa que apresenta uma pequena diferença entre a parte dita geral e a mais pessoal. Na parte geral a resposta varia entre o “discordo totalmente (1)” e o “concordo totalmente (5)”, relativamente à parte pessoal a escala varia entre “nada verdadeiro (1)” e “extremamente verdadeiro (5)” (Teixeira, 2009).

O questionário contém três escalas com 8 itens cada: 1) Perdas Psicossociais, formulando a idade avançada como uma experiência negativa, composta por itens que apelam à reflexão sobre perdas significativas na vida do idoso; 2) Mudanças Físicas, composta por itens relativos a saúde, exercício e experiência de envelhecer; 3) Desenvolvimento Psicológico, composta por itens que focam aspetos positivos do envelhecimento, refletindo ganhos positivos face a si e aos outros (Teixeira, 2009). Cada uma destas subescalas pode ser cotada de forma independente, obtendo-se, pois, uma pontuação total para cada uma delas.

De notar que na subescala Perdas Psicossociais os itens estão invertidos, pelo que quanto mais elevada for a pontuação, mais negativa é a perceção da velhice neste domínio, enquanto nas restantes escalas, quanto mais elevada for a pontuação, mais positiva é a avaliação da velhice.

Contudo, para facilitar a interpretação dos resultados, optou-se, no presente estudo, por transformar a subescala Perdas Psicossociais de modo a que pontuações mais elevadas

fossem no sentido da experiência pessoal de menos perdas psicossociais, uniformizando, portanto, a leitura dos resultados das três subescalas que compõem o questionário, sendo então que valores elevados significam sempre uma atitude mais positiva face ao envelhecimento.

O questionário (AAQ-24), na amostra deste estudo, apresentou bons valores de consistência interna nas diferentes subescalas. Foram obtidos valores de alfa de Cronbach de .81 (Perdas Pessoais), .77 (Mudanças Físicas), .75 (Desenvolvimento Psicológico) e .85 (Escala total). Estes resultados revelam que, na amostra estudada, o AAQ-24 apresenta boas propriedades psicométricas enquanto medida das atitudes face ao envelhecimento nos domínios perdas pessoais, mudanças físicas, e mudanças psicológicas.

3.3 Procedimento

O presente estudo fez parte de uma investigação mais alargada, onde outras dimensões foram exploradas. Os dados foram recolhidos entre Abril de 2016 e Março de 2017. Os questionários foram distribuídos a 219 indivíduos de idade superior ou igual a 65 anos, pertencentes à população geral e não institucionalizados, tratando-se, por isso, de uma amostra de conveniência, recolhida através do método “bola de neve”, permitindo uma amostra heterogénea com um maior número de sujeitos.

A amostra incluiu participantes oriundos de todo o país mas a maior parte residente na cidade de Lisboa. A todos os participantes foi entregue um documento relativo ao consentimento informado, previamente à sua participação na investigação. Depois de assinado, a aplicação dos instrumentos realizou-se numa única sessão, em alguns casos, noutros, devido ao ritmo de resposta dos participantes, face às questões formuladas, em duas sessões, com duração aproximada de 1 hora.

3.4 Procedimento Estatístico

No presente estudo, todas as análises foram efetuadas com o SPSS *Statistics* (v. 23; IBM SPSS, Chicago, IL), considerando-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de .05.

Realizou-se a análise descritiva de forma a caracterizar a amostra ao nível de algumas variáveis sociodemográficas que integraram o QS. A análise descritiva procurou caracterizar os dados sociodemográficos da amostra e os resultados obtidos com a aplicação dos três instrumentos, tendo sido realizados os cálculos da média e do desvio-padrão ou cálculo das frequências e das percentagens, de acordo com o tipo de variáveis em causa.

Para medir a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, verificando-se assim a associação da variância comum entre essas mesmas duas variáveis.

O valor absoluto da correlação r indica a intensidade da associação que, de acordo com Marôco (2011), nas ciências sociais, considerou-se fraca ($|r| < .25$), moderada ($.25 \leq |r| < .50$), forte ($.50 \leq |r| < .75$) ou muito forte ($|r| \geq .75$). O pressuposto para a utilização do coeficiente de correlação de Pearson é a verificação de uma associação do tipo linear, entre as variáveis testadas, que foi efetuada recorrendo-se à representação gráfica.

Para testar se os valores médios obtidos na perceção da qualidade de vida e nas atitudes face ao envelhecimento da amostra em estudo eram significativamente diferentes dos valores médios obtidos pelas amostras de validação dos instrumentos para a população portuguesa, utilizou-se o teste *t de Student* para duas amostras independentes.

De forma a verificar se havia diferenças entre o género masculino e o género feminino, recorreu-se ao teste paramétrico *t de Student* para amostras independentes, tendo-se verificado os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente a homogeneidade de variâncias, recorrendo-se ao teste de Levene. Relativamente à violação do pressuposto da normalidade, tendo em conta a dimensão da amostra ($N = 219$), a investigação tem vindo a concluir que a estatística do teste *t de Student* é robusta ao erro tipo I, mesmo quando as distribuições estudadas apresentam assimetria ou achatamento consideráveis (Marôco, 2011).

Capítulo 4 – Resultados

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados encontrados relativamente à perceção da qualidade de vida e às atitudes face ao envelhecimento da amostra em estudo. Os resultados apresentados pretendem dar resposta aos objetivos e hipóteses previamente delineados no presente estudo.

4.1 Caracterização da qualidade de vida

No quadro 4.1 são apresentados os resultados da estatística descritiva, obtidos nos quatro domínios do WHOQOL-Bref - Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e em relação à Faceta Geral.

Quadro 4.1

Estatística descritiva do WHOQOL-Bref – Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente e em relação à Faceta Geral

Domínios	N	Min.	Max.	M	DP
Físico	209	1	5	3.56	.74
Psicológico	210	1	5	3.72	.69
Relações Sociais	198	2	5	3.62	.65
Ambiente	207	2	5	3.43	.61
Geral	218	1	5	3.44	.70

Nota: N=219

4.2 Caracterização das Atitudes Face ao Envelhecimento

No quadro 4.2 são apresentados os resultados da estatística descritiva, obtidos nos três domínios do AAQ-24 – Perdas Psicossociais, Mudança Física e Crescimento Psicológico.

Quadro 4.2

Caracterização das atitudes face ao envelhecimento

Domínios	N	Min.	Máx.	M	DP
Perdas Psicossociais	208	8	40	25.97	5.69
Mudança Física	206	14	38	27.00	5.03
Crescimento Psicológico	204	13	40	28.36	4.68
Total AAQ-24	203	40	115	81.33	11.74

Nota: N=219

4.3. Comparar a perceção da qualidade de vida em função do género

De modo a explorar as diferenças de resultados entre a qualidade de vida tendo em conta o género dos participantes (feminino vs. masculino), recorreu-se ao teste paramétrico de diferenças de médias *t de Student*.

Verifica-se que, em média, a dimensão Domínio Físico mostra-se tendencialmente maior para os homens ($M = 3.69$, $DP = .69$) do que para as mulheres ($M = 3.45$, $DP = .77$). Esta diferença não foi contudo significativa $t(207) = -2.40$, $p > .05$.

O Domínio Psicológico apresenta resultados tendencialmente maiores, em média, nos homens ($M = 3.85$, $DP = .62$) do que nas mulheres ($M = 3.63$, $DP = .73$), porém, trata-se de uma diferença não significativa $t(208) = -2.31$, $p > .05$.

No Domínio das Relações Sociais os homens apresentam resultados, em média, tendencialmente superiores ($M = 3.64$, $DP = .66$) do que as mulheres ($M = 3.60$, $DP = .65$) tratando-se, contudo, de uma diferença não significativa $t(196) = -.43$, $p > .05$.

Quanto ao Domínio do Ambiente, as mulheres apresentam, em média, valores tendencialmente mais elevados ($M = 3.44$, $DP = .63$) do que os homens ($M = 3.43$, $DP = .58$), todavia trata-se de uma diferença não significativa $t(205) = .03$, $p > .05$.

Por fim, quanto à Faceta Geral da Escala WHOQOL-Bref, os homens apresentam, em média, um valor tendencialmente superior ($M = 3.53$, $DP = .64$) ao das mulheres ($M = 3.37$, $DP = .73$), tal diferença não foi significativa $t(216) = -1.67$, $p > .05$.

Os resultados alcançados neste estudo apontam no sentido de uma tendência para a homogeneidade na perceção da qualidade de vida. Através dos dados obtidos podemos concluir que, na amostra em estudo, a perceção da qualidade de vida parece ser semelhante quer se seja homem ou mulher. Pelo que não se confirma a hipótese 1.

4.4. Comparar as atitudes face ao envelhecimento em função do género

De modo a explorar as diferenças de resultados entre as atitudes face ao envelhecimento tendo em conta o género dos participantes (feminino vs. masculino) recorreu-se ao teste paramétrico de diferenças de médias *t de Student*.

Verifica-se que, em média, a subescala Perdas Psicossociais mostra-se tendencialmente maior para os homens ($M = 26.85$, $DP = 5.4$) do que para as mulheres ($M = 25.28$, $DP = 5.86$). Esta diferença não foi significativa $t(206) = -1.98$, $p > .05$.

A subescala Mudança Física apresenta resultados tendencialmente maiores, em média, nos homens ($M = 27.06$, $DP = 4.90$) do que nas mulheres ($M = 26.96$, $DP = 5.14$), porém, trata-se de uma diferença não significativa $t(204) = -.14$, $p > .05$.

Na subescala de Crescimento Psicológico os homens apresentam resultados, em média, tendencialmente superiores ($M = 3.64$, $DP = .66$) do que as mulheres ($M = 3.60$, $DP = .65$), tratando-se de uma diferença não significativa $t(196) = -.43$, $p > .05$.

Quanto ao domínio do Ambiente, as mulheres apresentam, em média, valores tendencialmente mais elevados ($M = 28.59$, $DP = 4.74$) do que os homens ($M = 28.07$, $DP = 4.61$), todavia, trata-se de uma diferença não significativa $t(202) = .79$, $p > .05$.

Por fim, quanto ao total AAQ-24, os homens apresentam, em média, um valor tendencialmente superior ($M = 82.18$, $DP = 11.14$) ao das mulheres ($M = 80.69$, $DP = 12.19$), tal diferença não foi significativa $t(201) = -.90$, $p > .05$.

4.5 Análise da percepção da qualidade de vida em função da idade

Para a análise da associação entre a percepção qualidade de vida e a idade, realizou-se o cálculo da correlação de Pearson. Os resultados obtidos encontram-se descritos no Quadro 4.3

Quadro 4.3

Análise da percepção da qualidade de vida em função da idade

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Ambiente	Faceta Geral
Idade	-.26**	-.11	-.01	.08	-.11

*Nota: ** $p > .01$, two-tailed.*

4.6 Análise das atitudes face ao envelhecimento (AAQ-24) em função da idade

Para a análise da associação entre as atitudes face ao envelhecimento e a idade procedeu-se ao cálculo da correlação de Pearson. Os resultados obtidos encontram-se descritos no Quadro 4.4

Quadro 4.4

Análise das atitudes face ao envelhecimento em função da idade

	Perdas Psicossociais	Mudança Física	Crescimento Psicológico	Total AAQ
Idade	-.21**	.05	.09	-.04

*Nota: ** $p > .01$, two-tailed.*

4.7. Comparar a percepção da qualidade de vida em indivíduos casados e viúvos

De modo a explorar as diferenças de resultados entre a percepção da qualidade de vida em indivíduos casados e solteiros recorreu-se ao teste paramétrico de diferenças de médias *t de Student*.

Verifica-se que, em média, a dimensão Domínio Físico mostra-se tendencialmente maior para os indivíduos casados ($M = 3.62$, $DP = .73$) do que para os indivíduos viúvos ($M = 3.35$, $DP = .712$). Esta diferença não foi significativa $t(181) = -2.27$, $p > .05$.

O Domínio Psicológico apresenta resultados tendencialmente maiores, em média, nos indivíduos casados ($M = 3.80$, $DP = .62$) do que nos viúvos ($M = 3.59$, $DP = .69$), porém, trata-se de uma diferença não significativa $t(181) = 2.027$, $p > .05$.

Quanto ao Domínio das Relações Sociais, os indivíduos casados apresentam resultados, em média, tendencialmente superiores ($M = 3.72$, $DP = .60$) do que os viúvos ($M = 3.42$, $DP = .70$), tratando-se de uma diferença não significativa $t(171) = 2.75$, $p > .05$.

Em relação ao Domínio do ambiente, os indivíduos casados apresentam, em média, valores tendencialmente mais elevados ($M = 3.46$, $DP = .57$) do que os viúvos ($M = 3.35$, $DP = .68$), todavia trata-se de uma diferença não significativa $t(178) = 1.13$, $p > .05$.

Por fim, no que diz respeito à Faceta Geral da Escala WHOQOL-Bref, os indivíduos casados apresentam, em média, um valor tendencialmente superior ($M = 3.52$, $DP = .63$) ao dos viúvos ($M = 3.24$, $DP = .68$), tal diferença não foi significativa $t(187) = 2.78$, $p > .05$.

4.8. Comparar as atitudes face ao envelhecimento em indivíduos casados e viúvos

De modo a explorar as diferenças de resultados no que diz respeito a atitudes face ao envelhecimento em indivíduos casados e viúvos recorreu-se ao teste paramétrico de diferenças de médias *t de Student*.

Verifica-se que, em média, a subescala Perdas Psicossociais mostra-se tendencialmente maior para os indivíduos casados ($M = 26.10$, $DP = 5.69$) do que para os viúvos ($M = 25.31$, $DP = 5.51$). Esta diferença não foi significativa $t(178) = .86$, $p > .05$.

A subescala de Mudança Física apresenta resultados tendencialmente maiores, em média, nos indivíduos casados ($M = 27.01$, $DP = 5.08$) do que os indivíduos viúvos ($M = 26.63$, $DP = 4.81$), porém, trata-se de uma diferença não significativa $t(176) = .46$, $p > .05$.

Em relação à subescala de Crescimento Psicológico, os indivíduos viúvos apresentam resultados, em média, tendencialmente superiores ($M = 28.81$, $DP = 4.32$) do que os indivíduos casados ($M = 28.11$, $DP = 4.70$), tratando-se de uma diferença não significativa $t(174) = -.93$, $p > .05$.

No que diz respeito ao valor total do questionário AAQ-24, verifica-se que os indivíduos casados apresentam, em média, valores mais elevados ($M = 81.22$, $DP = 11.54$), contudo, não se trata de uma diferença significativa $t(173) = .24$, $p > .05$.

4.9 Análise da relação entre a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento

Com vista a analisar a associação entre a percepção da qualidade de vida expressa na faceta geral e as atitudes face ao envelhecimento, expressas no total AAQ, procedeu-se ao cálculo da correlação de Pearson, visto que ambas as variáveis preenchem o pressuposto da normalidade da respetiva distribuição.

A qualidade de vida mostra-se correlacionada significativamente com as atitudes face ao envelhecimento ($r = .46, p < .01$).

5. Discussão dos resultados

Neste capítulo será apresentada a discussão dos resultados relativos à presente investigação, tendo em linha de conta os objetivos e hipóteses previamente definidos. Tendo em vista uma maior organização na leitura dos mesmos, seguiremos a respetiva ordem dos objetivos e hipóteses bem como da análise de dados.

5.1 Comparação entre a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento em ambos os sexos

De acordo com o objetivo específico 2.1, procurou analisar-se a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento em relação a ambos os sexos.

Segundo a **hipótese 1**, do presente estudo, era esperado que se verificassem diferenças em relação à percepção da qualidade de vida entre homens e mulheres. Da análise de resultados levada a efeito não se apuraram diferenças significativas, considerando-se os quatro domínios do WHOQOL-Bref: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, bem como na Faceta Geral. Os resultados alcançados apontam no sentido de uma tendência para a homogeneidade na percepção da qualidade de vida, entre homens e mulheres. Através destes resultados podemos pois concluir que, na amostra em estudo, a percepção da qualidade de vida parece ser semelhante quer se seja homem ou mulher, pelo que não se confirma a hipótese 1. Na verdade, esta ausência de resultados que apontem no sentido de diferenças estatisticamente significativas no âmbito da percepção da qualidade de vida tendo em conta o género mostra-se de acordo com alguma literatura, nomeadamente, em que o género não foi apontado enquanto variável relevante na análise do constructo percepção de qualidade de vida (e.g. Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010).

Relativamente à **hipótese 2**, deste estudo, esperava-se encontrar diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às atitudes face ao envelhecimento em

homens e nas mulheres. Pela análise dos dados, verificou-se que não existem diferenças significativas, em termos de atitudes face ao envelhecimento, considerando-se as três subescalas do AAQ-24: Subescala de Perdas Psicossociais, Subescala de Mudança Física e Subescala de Crescimento Psicológico, bem como considerando-se o total AAQ. Os dados não permitem, pois, confirmar a hipótese 2, o que vai contra a literatura que aponta diferenças entre homens e mulheres, designadamente, em termos de uma maior esperança média de vida para o sexo feminino, sendo certo que, se vivem mais tempo, denotariam também uma maior vulnerabilidade em termos psicossociais, físicos e psicológicos (e.g. Barbosa et. al., 2015).

5.2 Comparação entre a percepção da qualidade de vida e das atitudes face ao envelhecimento e a idade cronológica

Tendo em conta o objetivo específico 2.2, procurou-se analisar a relação entre a percepção da qualidade de vida e das atitudes face ao envelhecimento, tendo em consideração a variável idade cronológica.

Relativamente à **hipótese 3**, esperava-se que a percepção da qualidade de vida diminuísse com o avançar da idade. Tendo em consideração os quatro domínios da Escala WHOQOL-Bref (Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais e Domínio do Ambiente) bem como a Faceta Geral desta escala, encontrou-se uma correlação negativa significativa entre a idade cronológica e o Domínio Físico ($r = -26$, $p = .0001$), ou seja, o aumento da idade parece influenciar a percepção da qualidade de vida dos indivíduos estudados em termos de domínio físico. Estes resultados vão ao encontro da literatura, na medida em que é normativo serem relatadas perdas de qualidade de vida, em termos físicos, à medida que a idade cronológica avança, tratando-se do chamado envelhecimento primário, porém, a sua experiência será subjetiva e resultante de diversas dimensões, sendo a componente física um indicador de qualidade de vida (e.g. Marques, Sánchez & Vicário, 2014). Na medida em que estamos perante um conceito multidimensional e, no presente estudo, apenas encontrámos uma correlação negativa significativa entre a idade cronológica e apenas um dos quatro domínios que compõem o constructo de percepção de qualidade de vida, apenas podemos considerar parcialmente confirmada a hipótese 3.

Quanto à **hipótese 4**, era esperado que as atitudes face ao envelhecimento fossem mais negativas com o avançar da idade. Ora, procedeu-se ao estudo correlacional entre as variáveis idade cronológica e atitudes face ao envelhecimento, tendo em linha de conta as três subescalas que medem o constructo atitudes face ao envelhecimento no âmbito do instrumento AAQ-24 (Subescala de Perdas Psicossociais, Subescala de Mudança Física e

Subescala de Crescimento Psicológico), bem como com o Total AAQ-24, encontrando-se uma correlação negativa significativa entre a variável idade cronológica e a Subescala de Perdas Psicossociais $r = - .21$, $p = .003$, ou seja, o aumento da idade cronológica parece influenciar as atitudes face ao envelhecimento, pelo menos no que diz respeito à Subescala de Perdas Psicossociais, o que permite confirmar parcialmente a hipótese 4. Estes resultados vão ao encontro da literatura, pelo menos parcialmente, assim, podemos equacionar aqui uma reflexão acerca duma visão negativa do envelhecimento, na linha do idadismo ou “*ageism*”, numa valorização pessoal de perdas sofridas, idadismo que pode ser definido enquanto preconceito acerca do envelhecimento, podendo falar-se numa tendência para olhar com desprezo e manter uma certa distância em relação a tudo aquilo que nos relembre a possibilidade da nossa finitude ou mortalidade, existindo uma visão negativa, em termos sociais dos adultos mais velhos que são encarados como não competitivos socialmente e dotados de um baixo *status* social, ainda se deve referir que a idade se associa a uma maior vulnerabilidade em termos de saúde psicológica (e.g. Butler, 1969; Burnstein, Crandall, & Kitayama, 1994; Greenberg, Schimel, & Mertens, 2002, citado em North & Fiske, 2015; Fiske, Cuddy, Glick, & Xu, 2002, citado em North & Fiske, 2015; Daniel, Antunes & Amaral, 2015; Amaro, 2015).

5.3 Comparação entre a perceção da qualidade de vida tendo em conta o estado civil

De acordo com o objetivo específico 2.3, procurou-se analisar a relação entre perceção da qualidade de vida tendo em conta a variável estado civil.

Assim, em consonância com a **hipótese 5**, esperava-se que os indivíduos casados apresentassem uma melhor perceção da qualidade de vida, quando comparados com os indivíduos viúvos. Os resultados não se mostraram significativos, considerando-se os quatro domínios do WHOQOL-Bref (Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais e Domínio do Ambiente) a que acresce a Faceta Geral. Os dados apontam no sentido de não existirem diferenças entre homens e mulheres nestes diversos domínios, nem mesmo quanto à Faceta Geral, o que vai contra a literatura que aponta no sentido de, com a idade avançada, surgirem questões como a viuvez (com maior prevalência nas mulheres, visto estas apresentarem maior esperança média de vida) e a ocorrência de patologias crónicas que afetam o funcionamento físico, psicológico e o próprio espectro das relações sociais, levantando problemáticas como a solidão decorrente de um somatório de perdas de amigos, cônjuges ou mesmo familiares, ou o ingresso em instituições de longa permanência (realidade esta ausente, no entanto, na amostra recolhida) que quebram os laços sociais existentes e

podem mesmo ser pouco propícias ao estabelecimento de novas redes sociais, designadamente, dependendo de aspetos como o próprio ambiente envolvente dos adultos mais velhos (e.g., Fontaine, 2000; Baltes & Smith, 2006; Cabral et al., 2013), pelo que não pode confirmar-se a hipótese 5.

A **hipótese 6** faria esperar que os indivíduos casados apresentassem uma melhor perceção da qualidade de vida, quando comparados com os indivíduos solteiros. Também neste aspeto os resultados não revelaram diferenças significativas entre os dois grupos de indivíduos, em termos estatísticos, levando em linha de conta os quatro domínios do WHOQOL-Bref (Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais e Domínio do Ambiente) a que acresce a Faceta Geral. Os dados apontam no sentido de não existirem diferenças entre homens e mulheres nestes diversos domínios, nem mesmo quanto à Faceta Geral. Estes resultados vão contra a literatura, na medida em que seria expectável que indivíduos casados percecionassem de modo mais positivo a respetiva qualidade de vida, na medida em que a ocorrência de relações sociais e familiares vem sendo apontada enquanto condição para uma melhor perceção de qualidade de vida em adultos mais velhos (e.g., Fernández-Ballesteros, 1998, citado em Cabral, 2013). Não se mostra confirmada a hipótese 6.

5.4 Comparação entre a perceção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento

Em consonância com o objetivo específico 2.4, procedeu-se à análise da relação entre a perceção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento. Assim, de acordo com a **hipótese 7**, era esperado que os indivíduos com uma perceção de maior qualidade de vida revelassem atitudes mais positivas face ao envelhecimento. Assim, procedeu-se ao estudo correlacional da Faceta Geral da perceção da Qualidade de Vida e do Total AAQ-24, encontrando-se uma correlação positiva significativa entre as variáveis estudadas ($r = .46, p < .01$), ou seja, quanto maior for a qualidade de vida percebida mais positivas serão as atitudes face ao envelhecimento, pelo que se mostra confirmada a hipótese 7, o que vai ao encontro da literatura, pois há que ter presente que a qualidade de vida é um constructo subjetivo e multidimensional, ou seja, cada indivíduo perceciona a sua qualidade de vida de forma diferente e individual, e esta qualidade de vida contempla diversos componentes e está dependente de uma multiplicidade de fatores (e.g. Schalock & Verdugo, 2003, citado em Marques, Sánchez, & Vicario, 2014), pelo que, necessariamente, estará também condicionada pelas atitudes mais positivas face ao envelhecimento, nomeadamente, serão tidas em consideração questões como as componentes psicossociais, físicas e psicológicas.

6. Conclusões e limitações do estudo

Neste capítulo final serão apontadas as principais conclusões deste estudo, serão também indicadas algumas limitações encontradas no trabalho desenvolvido, bem como se deixam algumas pistas que possam vir a revelar-se úteis para desenvolver novas investigações relacionadas com as temáticas aqui analisadas.

Desde logo é importante destacar a relevância dos estudos que tenham como população alvo os adultos mais velhos, tendo em conta que nos encontramos num contexto nacional e global marcado pelo envelhecimento demográfico da população.

O presente estudo incidiu na análise da perceção da qualidade de vida e das atitudes face ao envelhecimento numa amostra populacional de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, não institucionalizados e sem défice cognitivo.

Vivemos numa sociedade que manifesta ainda, negativamente, vários exemplos de idadeísmo ou “ageism”, atribuindo-se ao processo normativo de envelhecimento uma conotação extremamente desfavorável e negativa e gerontofóbica estando a velhice associada a aspetos valorizados negativamente como a incapacidade, a demência, a dependência e a ausência de atividade (e.g. McGuire, Klein & Couper, 2005, citados em Portelada, Oliveira, Oliveira, Valente & Silva, 2016).

No presente estudo não se encontraram, em termos de resultados, diferenças significativas entre homens e mulheres em relação à perceção da qualidade de vida. Tal conclusão tal conclusão mostra-se concordante com alguns dados da literatura, onde é referido que o género, enquanto variável, não terá grandes repercussões na perceção da qualidade de vida.

A circunstância de não se terem encontrado diferenças significativas entre homens e mulheres no que diz respeito às atitudes face ao envelhecimento contraria o que vem sendo relatado na literatura, pois seria de esperar que as mulheres revelassem algumas especificidades neste aspeto, pelo facto de terem uma mais alargada esperança média de vida, sendo também mais vulneráveis por tal circunstancialismo. Talvez estes resultados se devam à amostra de conveniência que não permite avaliar em termos representativos e generalizáveis quanto à população Portuguesa.

Os resultados em termos de comparação da perceção da qualidade de vida e a idade cronológica apenas encontraram uma correlação negativa significativa entre idade cronológica o Domínio Físico (apenas um dos quatro domínios que compõem a escala WHOQOL-Bref), todavia, o resultado encontrado permite pensar acerca da complexidade do constructo perceção da qualidade de vida, o qual é visto de modo subjetivo por cada

indivíduo e apresenta diversas dimensões. Aqui aponta-se como limitação o facto de, tratando-se de um estudo correlacional não podemos encontrar relações causais entre variáveis, apenas sendo possível perceber de que forma as variáveis se associam ou relacionam entre si.

Também no que respeita à análise da relação entre as atitudes face ao envelhecimento e a variável idade cronológica apenas se detetou, em termos de resultados, uma correlação negativa significativa considerando as Perdas Sociais (sendo o AAQ-24 constituído por um total de três subescalas, a que se somam à anteriormente referida a subescala de Mudança Física e a subescala de Crescimento Psicológico), ficará indiciado nos resultados a ocorrência de manifestações de idadismo, mas parece-nos ser possível encontrar resultados mais expressivos se for considerada uma amostra representativa e se for levado a efeito um tratamento estatístico mais complexo e que permita identificar relações causais entre as diversas variáveis em toda a sua complexidade.

Na comparação entre a percepção da qualidade de vida tendo em consideração o estado civil não foram encontrados resultados que apontem no sentido da ocorrência de diferenças significativas relativamente a casados e viúvos e casados e solteiros, aqui os resultados vão contra o que relata a literatura, ora tal poderá dever-se à não representatividade da amostra colhida neste estudo.

Por fim, os resultados mostram uma correlação positiva significativa entre a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento, o que se mostra conforme com a literatura e com a natureza multidimensional destas variáveis, que nos chama a atenção para a sua importância no contexto social atual.

Ainda em termos de limitações encontradas aquando da realização deste estudo, é importante destacar que se nos depararam algumas dificuldades na aplicação dos Instrumentos utilizados no estudo, designadamente, devido a alguma dificuldade na leitura e interpretação dos instrumentos, por se tratar de uma amostra populacional envelhecida com algumas vulnerabilidades em termos de acuidade visual e auditiva.

Em termos de pistas para estudos a realizar futuramente seria interessante explorar a percepção da qualidade de vida e as atitudes face ao envelhecimento em populações diferentes (mais jovens, meia idade e adultos mais velhos), procurando aferir quais as diferenças entre estes grupos populacionais com vista a perceber em que sentido deveria ser orientada a componente de intervenção e educação quanto a estas temáticas associadas ao envelhecimento e à estigmatização que o mesmo comporta na nossa sociedade. A nosso ver é muitíssimo importante consciencializar os mais jovens para a necessidade de se envolverem,

desde cedo, em comportamentos que promovam o envelhecimento ativo, o que se traduzirá em acrescida melhoria na percepção da qualidade de vida e na formação de atitudes mais positivas perante o envelhecimento e que potenciem um relacionamento intergeracional mais harmonioso.

Referências Bibliográficas

- Achenbaum, W. A. (2015). A History of Ageism Since 1969. *Generations*, 39(3), 10-16.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.
- Amaro, F. (2015). Envelhecer no mundo contemporâneo: Oportunidades e incertezas. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 12(3), 201-211. doi:10.5335/rbceh.v12i3.6081
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17(36), 7-31.
- Barbosa, K. T. F.; Fernandes, M. G. F.; Oliveira, F. M. R. L.; Tibúrcio, A. B. C. B. R. , & Ramos, C.E. B. (2015). Vulnerabilidade Física entre idosos: Diferenças por sexo. *Cultura de los cuidados (Edición Digital)*, 19 (42). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.09>
- Bennett, R., & Eckman, J. (1973). Attitudes toward aging: A critical examination of recent literature and implications for future research. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 575-597). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/10044-018.
- Butler, R.N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-245.
- Cabral, M. V. (coord.) (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal. Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campos, A. C. V.; Ferreira, E. F., & Vargas, A. M. D. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva* 20 (7), 2221-2237. DOI: 10.1590/1413-81232015207.14072014

- Canavarro, M. G., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., & Carona, C. (2007). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Trentini, C., Laidlaw, K., & Power, M. J. (2008). Development and validation of the Brazilian version of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): An example of merging classical psychometric theory and the Rasch measurement model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(5), 5-18.
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 33(3), 291-301. doi:10.14417/ap.972
- Duarte Silva, M. E. (2012). Deambulações do envelhecimento activo no curso do envelhecimento. 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (Comunicação integrada no Simpósio: Envelhecimento e saúde: algumas experiências de vida). Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Fernandes, M. J. S. R. S., (1996). *Conceito de qualidade de vida para o idoso*. Universidade Católica Portuguesa (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *Geropsychology: European perspectives for an aging world*. USA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active Aging: A Global Goal. *Current Gerontology & Geriatrics Research*, 1-4. doi:10.1155/2013/298012
- Ferreira, A. L. (2009). A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspetiva do próprio e do seu cuidador. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Ferreira-Alves, J., & Ferreira Novo, R; (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1)65-77. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760105>

- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol.*82(6):878-902
- Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovjch, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref). *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178 - 183.
- Fonseca, A.M. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. (Eds.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de Cuidados*. (pp. 285-311). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2006). O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica. (2ª Ed.). Lisboa: Universidade Católica.
- Fontaine, R. (2000). *Aspectos psicológicos – Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fung, H. H., Li, T., Zhang, X., Sit, I. M. I., Cheng, S.-T., & Isaacowitz, D. M. (2015). Positive portrayals of old age do not always have positive consequences. *Journals 168 of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70, 913- 924. doi:10.1093/geronb/gbu061
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2015). Envelhecimento da População Residente em Portugal e na União Europeia. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- José, J., & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 210, 27-54.
- Kotter-Grühn, D., & Hess, T. M. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *Journals of Gerontology Series B: 174 Psychological Sciences and Social Sciences*, 67, 563-571. doi:10.1093/geronb/gbr153
- Laidlaw, K., Power, M. J., & Schmidt, S. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *InternationalJournalOfGeriatricPsychiatry*,22(4), 367-379.

- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychol Sci.*20(3):296-8. doi: 10.1111/j.1467-9280.2009. 02298.x
- Lima, M., Marques, S., Batista, M., & Ribeiro, O. (2010). *Idadismo na Europa. Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português: Relatório II*. European Research Group on Attitudes to Age, Lisboa: CIS/IUL, Instituto do Envelhecimento.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 73-81. doi:10.12707/RIII1314.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nelson, T. D. (ed. lit.) (2002). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Nelson, T. D. (2016). Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist*, 71(4), 276-282. doi:10.1037/a0040221
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2015). Modern Attitudes Toward Older Adults in the Aging World: A cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141 (5), 993-1021.<http://dx.doi.org/10.1037/a003969>
- Palmore, E. (1975). What can the USA learn from Japan about aging? *The Gerontologist*, 15(1), 64-67. doi: 10.1093/geront/15.1_Part_1.64
- Paúl, C. (1997). *Lá para o Fim da Vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rowe, J. W. , & Kahn , R. L. (1999). *Successful aging*. New York: Dell
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008), O Envelhecimento na atualidade: Aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25 (4). 585-593.
- Sequeira, C. (2010) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.

- Silva, L. M. (2011). Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: Um estudo de representações sociais. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Paraíba (Dissertação de Mestrado).
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspetiva abrangente. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa, L.; Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. doi:10.1111/sipr.12031
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: Switzerland.

Anexo A

Consentimento informado

Consentimento Informado

O meu nome é Inês Lopes Marques e estou a realizar uma investigação em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação do(a) Professor(a) Doutora Maria Eugénia Duarte Silva.

As temáticas abordadas relacionam-se com o Envelhecimento Ativo.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (8) oito questionários, onde não existem respostas corretas ou incorretas. O importante é que elas reflitam a sua experiência.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de uma hora e pode sempre desistir, caso seja a sua vontade. Prevê-se que este estudo venha a ter mais duas fases, em tudo similares a esta.

Os dados recolhidos serão tratados globalmente e apresentados com total confidencialidade. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone 968994718 ou e-mail: ineslopesmarques@gmail.com.

Ao assinar este consentimento, declara ter 65 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

_____ de _____ de 2017

.....

(assinatura)